

**SCHEDA DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE
DI INIBITORI DEL SGLT2, AGONISTI RECETTORIALI DEL GLP1 E INIBITORI DEL DPP4
NEL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO TIPO 2**

Da compilare a cura del prescrittore che seguirà il paziente nella gestione del trattamento e del follow-up periodico (Specialista SSN, Medico di Medicina Generale).

Scheda di prima prescrizione

Medico prescrittore _____ Tel _____

Specificare se: Medico di Medicina Generale Specialista in _____

U.O. _____ Az. Sanitaria _____

Paziente (nome e cognome) _____

Sesso: M F Data di Nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza _____

Valutazione

Paziente in trattamento con metformina: Sì No, per controindicazione o intolleranza

Mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati: Sì

Indicare le principali motivazioni della strategia terapeutica che si propone di prescrivere:

prevenzione CV secondaria*

rischio CV elevato**

scompenso cardiaco (solo se SGLT2i)

malattia renale cronica*** (solo se SGLT2i)

mancato raggiungimento/mantenimento degli obiettivi glicemici individuali prefissati****

controindicazione o intolleranza a SGLT2i e GLP1-RA (nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco) (solo se DPP4i)

altra motivazione (specificare) _____

*per prevenzione CV secondaria si intende la presenza di malattia cardiovascolare (cardiopatia ischemica, IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascolarizzazione coronarica, coronaropatia), malattia cerebrovascolare (pregresso ictus o TIA, rivascolarizzazione carotidea) o arteriopatia periferica sintomatica.

**per rischio CV elevato, nel paziente senza malattia CV conclamata, si intende: presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%); presenza di danno in un organo target; presenza di almeno tre fattori di rischio CV (tra età >50 anni, ipertensione, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta).

***per malattia renale cronica si intende la presenza di GFR <60 mL/min e/o di albuminuria (micro o macro).

****per i DPP4i: solo nel paziente non a rischio CV elevato o senza malattia CV, malattia renale cronica o scompenso cardiaco.

Peso corporeo (kg) _____ Altezza (m) _____ BMI (kg/m²) _____

HbA1c recente (mmol/mol) _____ Obiettivo individuale di HbA1c (mmol/mol) _____

eGFR secondo formula CKD-EPI (mL/min) _____

Albuminuria: non valutata assente microalbuminuria macroalbuminuria/proteinuria

Strategia terapeutica (selezionare farmaco e posologia)

| Categoria | Farmaco | Posologia | Categoria | Farmaco | Posologia |
|-----------|--|---|----------------------|--|--|
| SGLT2i | <input type="checkbox"/> canagliflozin | <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 300 mg una volta/die | SGLT2i/MF | <input type="checkbox"/> canagliflozin/metformina | <input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 150/1000 mg per 2 vv/die |
| | <input type="checkbox"/> dapagliflozin | <input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> dapagliflozin/metformina | <input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die |
| | <input type="checkbox"/> empagliflozin | <input type="checkbox"/> 10 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> empagliflozin/metformina | <input type="checkbox"/> 5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die |
| | <input type="checkbox"/> ertugliflozin | <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 15 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> ertugliflozin/metformina | <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 7,5/1000 mg per 2 vv/die |
| DPP4i | <input type="checkbox"/> alogliptin | <input type="checkbox"/> 6,25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die | DPP4i/MF | <input type="checkbox"/> alogliptin/metformina | <input type="checkbox"/> 12,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 12,5/1000 mg per 2 vv/die |
| | <input type="checkbox"/> linagliptin | <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> linagliptin/metformina | <input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die |
| | <input type="checkbox"/> saxagliptin | <input type="checkbox"/> 2,5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 5 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> saxagliptin/metformina | <input type="checkbox"/> 2,5/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 2,5/1000 mg per 2 vv/die |
| | <input type="checkbox"/> sitagliptin | <input type="checkbox"/> 25 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 100 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> sitagliptin/metformina | <input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die |
| | <input type="checkbox"/> vildagliptin | <input type="checkbox"/> 50 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> vildagliptin/metformina | <input type="checkbox"/> 50/850 mg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 50/1000 mg per 2 vv/die |
| GLP1-RA | <input type="checkbox"/> dulaglutide | <input type="checkbox"/> 0,75 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,5 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 3,0 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 4,5 mg una volta/sett | DPP4i/TZD | <input type="checkbox"/> alogliptin/pioglitazone | <input type="checkbox"/> 12,5/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 12,5/45 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/30 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/45 mg una volta/die |
| | <input type="checkbox"/> exenatide | <input type="checkbox"/> 5 mcg per 2 vv/die <input type="checkbox"/> 10 mcg per 2 vv/die | SGLT2i/ DPP4i | <input type="checkbox"/> empagliflozin/linagliptin | <input type="checkbox"/> 10/5 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 25/5 mg una volta/die |
| | <input type="checkbox"/> exenatide LAR | <input type="checkbox"/> 2 mg una volta/settimana | | <input type="checkbox"/> saxagliptin/dapagliflozin | <input type="checkbox"/> 5/10 mg una volta/die |
| | <input type="checkbox"/> liraglutide | <input type="checkbox"/> 0,6 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,2 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 1,8 mg una volta/die | GLP1-RA/ insulina | <input type="checkbox"/> insulina degludec/liraglutide penna | dosi unitarie una volta/die (da 10 a 50U di degludec e da 0,36 a 1,8 mg di liraglutide) |
| | <input type="checkbox"/> lixisenatide | <input type="checkbox"/> 10 mcg una volta/die <input type="checkbox"/> 20 mcg una volta/die | | <input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 10-40 | dosi unitarie una volta/die (da 10 a 40U di glargine e da 5 a 20 mcg di lixisenatide) |
| | <input type="checkbox"/> semaglutide orale | <input type="checkbox"/> 3 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 7 mg una volta/die <input type="checkbox"/> 14 mg una volta/die | | <input type="checkbox"/> insulina glargine/lixisenatide penna 30-60 | dosi unitarie una volta/die (da 30 a 60U di glargine e da 10 a 20 mcg di lixisenatide) |
| | <input type="checkbox"/> semaglutide s.c. | <input type="checkbox"/> 0,25 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 0,50 mg una volta/sett <input type="checkbox"/> 1,0 mg una volta/sett | | | |

La prescrizione dell'associazione SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA può avvenire esclusivamente da parte di specialisti di strutture diabetologiche individuate dalle Regioni.

La prescrizione delle associazioni estemporanee SGLT2i+DPP4i o SGLT2i+GLP1-RA deve avvenire utilizzando esclusivamente le associazioni tra molecole autorizzate in RCP.

Indicare l'eventuale altra terapia antidiabetica associata: _____

Data prevista per il Follow up: _____
la validità della prima prescrizione è al massimo di 6 mesi

Data di valutazione _____

Timbro e Firma del Medico